

POLITIK 01.10.2011

Von der Leistung zum Erlös – Das Fitnessprogramm für einen oft übersehenen Elefanten



Bundesrechnungshof, GKV-Spitzenverband und Presse berichten von Falschabrechnung der Krankenhäuser und nehmen die Begründung der Krankenhausaufenthalte und die Zuordnung von Diagnosen oder Behandlungen ins Visier [1]. Schon verlangt der GKV-Spitzenverband eine monetäre Bestrafung für falsch abgerechnete Fälle [2]. Wenn eine Pauschale für erfolgreiche Widersprüche des MDK Realität würde, zöge diese relevante Kosten für die Häuser nach sich.

Währenddessen finden sich in vielen Krankenhäusern an weiteren Stellen als dort benannt massive Lücken in der Abrechnung medizinischer Leistungen. Nicht nur die fehlende Begründung medizinischer Leistungen, auch eine primäre oder sekundäre Fehlbelegung – oftmals aufgrund mangelnder Prozessorganisation – oder eine anstreitbare Kodierung sorgen für Einbußen. Verzögerungen in der Abrechnung und im MDK-Management sorgen für weitere finanzielle Verluste.

Die optimale Übersetzung der medizinischen Leistungen in Erlöse des Hauses scheitert häufig an einer angemessenen Abstimmung der zahlreichen beteiligten Abteilungen. Selbst wenn der Informationsfluss in Richtung der Erlösgenerierung optimiert ist, fehlen oft Feedbackmechanismen, zum Beispiel von den Kodierfachkräften oder aus dem MDK-Management an die Kliniken. So tragen sich Fehler bei Dokumentation und Arztbriefschreibung fort, die Verzögerungen, Anfechtbarkeit und Lücken in der Abrechnung bedingen. Das Resultat: der Arzt hilft zwar dem Patienten, arbeitet aber umsonst.

Die Dokumentationsqualität gerade in kleineren ländlich gelegenen chirurgischen Kliniken ist durch Ärztemangel und nicht ausreichend eingearbeitete Gast- und Leihärzte gefährdet. Hinzu kommen Fallzahlsteigerungen und Leistungsverdichtung durch sinkende Verweildauern.

Diese Anstrengungen dienen meist der Steigerung von Erlös und Marktanteil. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen überhaupt optimal dokumentiert und abgerechnet werden. Das Erlösmanagement ist inzwischen nicht nur für private Klinikbetreiber einer der entscheidenden Faktoren des wirtschaftlichen Erfolgs.

Hinter einem professionellen Erlösmanagement verbirgt sich deutlich mehr, als die Kodierung von Fällen und Auswertung der klassischen DRG-Kennzahlen. Neben der

- Sicherstellung der vollständigen Dokumentation inklusive Begründung der erbrachten Leistungen geht es um die
- Verschlankeung, Beschleunigung und Steuerung der Rechnungserstellung bis hin zur
- effizienten Bearbeitung von Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und die
- Nutzung des dabei gewonnenen Wissens für die Leistungsdokumentation.

Fachliches Detailwissen ist bereits für die Kodierung und Abrechnung der stationären DRG-Fälle notwendig. Auch die notwendige Dokumentation für die Abrechnung von Komplexpauschalen ist in vielen Kliniken nicht klar. Besonders komplex wird es, wenn es um die Abrechnung von Nicht-DRG-Erlösen im ambulanten und/oder privatärztlichen Bereich geht. Die Abrechenbarkeit von Sachkosten und Abrechnungsziffern kann selbst bei den Krankenhausgesellschaften bei Detailfragen zu längeren Rechercheprozessen führen. Die Folge von

Wissenslücken, unsauberen Prozessen und fehlendem Austausch zwischen den Beteiligten ist immer die gleiche: Es wird zu spät und/oder unvollständig abgerechnet. Es werden also medizinische Leistungen verschenkt.

Es stellt sich die Frage, ob das Erlösmanagement die therapierenden Klinikmitarbeiter überhaupt interessieren sollte. Einerseits macht es die Leistungskonzentration notwendig, sich auf sein „Kerngeschäft“, für die Kliniker also die Patientenversorgung, zu konzentrieren. Andererseits ist es gerade der Informationsfluss zwischen den klinisch tätigen und den im Prozess vor- und nachgeordneten administrativen Mitarbeitern, der darüber entscheidet, ob Dokumentations- oder Abrechnungslücken auffallen und der Abrechnungsprozess reibungslos läuft.

Der Idealprozess

Bei einem optimal gesteuerten Prozess erfolgt die Erfassung von ICD und OPS-Codes zur Dokumentation der durch Arzt oder Pflege erbrachten Leistungen bereits während des Aufenthaltes des Patienten. Bestenfalls bietet die elektronische Patientenakte im Krankenhausinformationssystem (KIS) des Krankenhauses die Möglichkeit, die gesamte Dokumentation sowie die Ablage aller Befunde und Dokumente des Falles digital vorzunehmen. Die zeitnahe Dokumentation hat den Vorteil, dass bereits während des Aufenthaltes eine Bewertung des Falles und somit auch die Steuerung der Aufenthaltsdauer möglich ist. Gleichzeitig verringert sich die Wahrscheinlichkeit, dass Leistungen bei der Dokumentation vergessen werden, da der Patient noch im Fokus des behandelnden Personals steht. Optimal gelingt dies durch automatisierte Prüfungen: Auf Basis vordefinierter Patientenpfade kann abgefragt werden, ob eine typischerweise zur Behandlung gehörende Leistung bei fehlender Dokumentation auch tatsächlich nicht erbracht wurde. Außerdem können z. B. Laborwerte oder herausgegebene Blutkonserven, sofern IT-gestützt erfasst, in einen OPS umgewandelt und als Vorschlag automatisiert in die Kodierung einfließen. Des Weiteren sollte das KIS-System umfassende elektronische Dokumentationen, wie z. B. die MRSA-Komplexbehandlung auf Plausibilität prüfen.

Kodierfachkräfte und Medizincontroller erhalten umgehend nach Entlassung des Patienten den Fall zur endgültigen Kodierung. Hierbei ist es zwingend erforderlich, dass ein endgültiger Arztbrief sowie alle Untersuchungsergebnisse vorliegen. Werden die Kodierfachkräfte als Beobachter des klinischen Prozesses zugelassen, kann bei den erfahreneren in den meisten Fällen auch die Freigabe der Kodierung durch sie erfolgen.

Der nachfolgende Abrechnungsvorgang sollte täglich automatisiert durchgeführt werden.

Die daraus resultierende Verkürzung der Dauer von Entlassung des Patienten bis zur Abrechnung und Bezahlung der Behandlung durch den Kostenträger erhöht, zusammen mit einem stringenten Mahnwesen, nachhaltig die Liquidität des Hauses, die dann auch den Fachabteilungen zugutekommt.

Der optimale Abrechnungsprozess zeichnet sich dadurch aus, dass er

- so weit wie möglich automatisiert für eine zeitnahe Abrechnung sorgt,
- schlank und steuerbar ist und
- die IT optimal nutzt.

Leistungsdokumentation und ihre Hindernisse

In der Realität stellt sich dieser Ablauf oft anders dar.

Leistungen gehen z. B. dann verloren, wenn die für die Abrechnung von Komplexpauschalen notwendige Dokumentation nicht stattfindet oder die erforderlichen Behandlungen nicht in notwendiger Häufigkeit durchgeführt werden. Hier muss ein tägliches Monitoring der bereits erbrachten Leistungen erfolgen. Außerdem müssen dem behandelnden Personal die Zielgrößen bekannt sein.

Die Dokumentation der Behandlung erfolgt immer noch zu großen Teilen manuell in einer papierenen Akte in handschriftlicher Form. Steht die Entlassung des Patienten an, werden für die Erstellung eines vorläufigen Entlassbriefes die Angaben aus der Akte per Diktat zusammengetragen. Wird auf Basis des vorläufigen Entlassbriefes kodiert, besteht das Risiko, dass Leistungen übersehen werden.

Für die Erstellung des endgültigen Entlassbriefes benötigt der Arzt wieder die Akte, um daraus den gesamten Verlauf zu rekonstruieren. Dies nimmt gerade bei den Fällen mit aufwändigem Verlauf zusätzlich Zeit in Anspruch, sodass die Akte verzögert bei den Kodierfachkräften eintrifft. Somit sind es besonders häufig die Fälle mit hohem Erlös, die verspätet abgerechnet werden.

Jenseits der regulären DRG-Kodierung sind die Themen „ambulante Erlöse“ und „Privatabrechnung“ zu betrachten. Hier ist es die unvollständige Dokumentation, die eine angemessene Abrechnung fast unmöglich macht. Die Legalität der Weitergabe von Patientenunterlagen zur Abrechnung durch private Abrechnungsinstitute ist unter Gesichtspunkten des Datenschutzes strittig [3-5]. Findet die Abrechnung durch Klinikmitarbeiter statt, bleibt sie häufig liegen, da diese auch in dringlicher scheinende Patientenprozesse involviert sind. Auch hier sind Liquiditäts- und somit Zinsverluste zu prüfen.

Der Abrechnungsprozess und seine Hindernisse

Müssen Informationen manuell aus der Patientendokumentation in das KIS-System überführt werden, ist das Risiko einer fehlerhaften oder unvollständigen Übertragung groß. Die Güte des IT-Systems selbst, aber auch seiner Parametrierung entscheiden darüber, ob der Rechnungslauf generell oder wenn Fehler in der Falldokumentation auffallen, manuell angestoßen werden muss. Gleiches gilt für die Mahnläufe. Auch hier verbergen sich Ursachen für Verzögerungen. Wertvolle Tage bis zum Zahlungseingang werden verschenkt.

Die Aufgaben Dokumentation und Arztbriefschreibung, Kodierung, Abrechnung, Mahnwesen und MDK-Management, sowie Finanzbuchhaltung fallen normalerweise in unterschiedliche Abteilungen. Deshalb ist es wichtig, dass eine gute Verzahnung dieser Tätigkeiten und der daraus resultierenden Ergebnisse sichergestellt ist. Ansonsten kommt es schnell zu fehlender oder auch falscher Dokumentation und Abrechnung, die im Nachgang auch für den ärztlichen Mitarbeiter zusätzlichen Arbeitsaufwand generiert.

Klare Prozessdefinitionen sind hier die Basis einer engmaschigen abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit verschiedener Bereiche. Insbesondere die historisch gewachsene Kommunikationsbarriere zwischen Administration und klinischen Mitarbeitern kann dadurch überbrückt werden, was insbesondere bei widersprüchlicher Datenlage wichtig ist. Auch die Administration gewinnt Glaubwürdigkeit, wenn sie ihre Abläufe geklärt hat und strukturiert darstellen kann, welche Dokumentationsschwächen an welcher Stelle für Aufwand oder Fehler sorgen.

Insbesondere das Feedback an die Ärzte zur Briefschreibung durch Kodierung und MDK-Management auf Basis von Statistiken und Einzelfallanalysen ist notwendig. Diese Informationen setzen allerdings voraus, dass das MDK-Management regelmäßig die Prüfgründe analysiert und weiterträgt.

Erst wenn klar ist, was die aktuellen Prüfstrategien des MDK sind, können Gründe für spezifische Behandlungsmuster in den Brief gezielt mit aufgenommen werden. Dies sorgt dafür, dass der MDK-Fall bereits durch Zusendung des Arztbriefes erledigt ist, sodass die behandelnden Mitarbeiter nicht mit der Anfrage belastet und Fälle schneller abgearbeitet werden.

Im Interesse der optimalen Wandlung der medizinischen Leistungen in Erlöse sollte in halbjährlichen Rhythmus anhand der TOP 10 der stationären und ambulanten Leistungen, untergliedert nach Abrechnungsart, stichprobenartig die Vollständigkeit und Richtigkeit der Abrechnung geprüft werden. Parallel empfiehlt es sich, die Zeit von Entlassung des Patienten bis zur Abrechnung und zum Zahlungseingang kontinuierlich zu monitoren.

Ein gut organisierter Prozess muss der folgenden Checklistenstandhalten:

- 1) Sind für alle relevanten Abrechnungsarten Rhythmik und Verantwortlichkeit für die Aktualisierung des Wissens und dessen selektierte Weitergabe bei Katalogänderungen definiert?
- 2) Gibt es einen Beauftragten für die Parametrierung der Abrechnungsalgorithmen und Pflege der Patienten- und Kostenträger-Stammdaten?
- 3) Gibt es einen klaren Prozess für die Kostensicherung, d. h. die Überprüfung des Kostenträgers, zum Beispiel bei Patienten ohne gültige Krankenversicherungskarte?
- 4) Werden die Aufnahmemeldungen und die damit einhergehende Kostensicherung als Abrechnungsgrundlage (Kostenübernahmeerklärung) innerhalb von 24 Stunden übermittelt?
- 5) Steht der kodierenden Fachkraft die vollständige Patientenakte am Entlasstag zur Verfügung?
- 6) Ist ein IT-gestützter Prozess definiert, durch den die Beantwortung von Fragen der Kodierfachkräfte zum Fall binnen 24 Stunden gesichert ist?
- 7) Werden die Fälle in der Regel in maximal 48 Stunden nach Entlassung zur Abrechnung freigegeben?
- 8) Erfolgt ein täglicher Abrechnungslauf und ein mindestens wöchentlicher Mahnlauf?
- 9) Gibt es eine automatisierte Serienabrechnung, die anschließend eine Liste der auffälligen Fälle auswirft, ohne zu unterbrechen?
- 10) Gibt es eine Liste über alle Abrechnungsarten mit den verbleibenden Medienbrüchen (z. B. Papier/KIS oder Subsystem/KIS) mit gesonderter Darstellung der Schnittstellen, bei denen händisch abgeschrieben werden muss, sowie einen Plan, wie mit diesen Fehlerquellen zukünftig umgegangen werden soll?
- 11) Wird bei MDK-Anfragen, bei denen das Krankenhaus Recht bekommt, die Pauschale für die Krankenkasse automatisiert abgerechnet?
- 12) Gibt es einen Jour fix, bei dem Kodierung, Abrechnungsabteilung und MDK-Management an die Fachabteilung zurücktragen, welche Verbesserungspotenziale bei Dokumentation und Arztbriefschreibung vorliegen?
- 13) Ist gesichert, dass der Großteil MDK- Anfragen standardisiert ohne Beteiligung der klinisch tätigen Ärzte abgearbeitet werden kann?
- 14) Gibt es ein automatisiertes Monitoring für die Dauer von Entlassung zur Rechnungsstellung sowie Dauer von Eingang der MDK- Erstanfrage bis Fallabschluss?
- 15) Gibt es bei der Bearbeitung von MDK-Anfragen ein automatisiertes Monitoring über Fristenüberschreitungen des Kostenträgers bzw. des eigenen Hauses und einen standardisierten Prozess, wie mit diesem umzugehen bzw. er vermieden werden kann?
- 16) Gibt es eine Übersicht über verrechnete und zu verzähren drohende Fälle?
- 17) Gibt es ein Ausfallkonzept, wenn es aufgrund von IT-Problemen zu Störungen im automatisierten Abrechnungsablauf kommt?

Erst wenn diese Fragen komplett mit ja beantwortet werden können und die Fallprüfung keine Auffälligkeiten ergibt, kann davon ausgegangen werden, dass die Abrechnung dem oben formulierten Anspruch entspricht.

Werden Potenziale entdeckt, so reicht die koordinierende Kraft des Medizincontrollings in den seltensten Fällen aus, diese zu heben. Erst das kollektive Verständnis des Gesamtprozesses sichert die Abwesenheit von Abrechnungslücken. Dazu gehören ein Arzt und eine Pflegekraft, ein IT-Beauftragter, der Medizin Controller, ein Beauftragter der Kodierfachkräfte und ein Mitarbeiter der Abrechnung, die jeweils als Multiplikatoren in ihren Teams aktiv sind. Der Wandel verlangt gleichzeitig ein kontinuierliches Prozesscontrolling, das durch einen Feedbackmechanismus das Team positiv bestätigt, wenn es auf dem richtigen Weg ist bzw. zu Korrekturen anregt, wenn weitere Potenziale umzusetzen sind.

Gerade wenn die Nicht-DRG-Abrechnung geprüft wird, sollte die Prozessstandardisierung jene Mitarbeiter des Abrechnungsteams mit einschließen, die mit dem jeweiligen Vorgang befasst sind. Die Details im Ablauf, die sich durch die komplexe juristische Grundlage ergeben, sind häufig noch nicht mal den Abteilungsleitungen bekannt. Fehler in der täglichen Praxis fallen auf, wenn der auf Basis des Gesetzes und der bekannten Möglichkeiten der IT entworfene Sollprozess nicht mit dem täglichen Tun übereinstimmt.

Information ist Zeit und Geld. Das gilt insbesondere für den Rückfluss von Dokumentationshinweisen aus der Kodierung und dem MDK-Management an die behandelnden und dokumentierenden Teams. Die Kodierrichtlinien und ganz besonders die Trends bei der Fallprüfung durch den MDK sind dynamische Größen. Somit ist eine vollständige und valide Leistungsdokumentation auf einen kontinuierlichen Zufluss von Informationen angewiesen.

Literatur

[1] GKV-Spitzenverband, Pressemeldung – Krankenhäuser 2010: 45,6 Prozent aller geprüften Abrechnungen sind falsch vom 18.08.2011

[2] Bundesrechnungshof, Pressemeldung – Aktuelle Prüfungsergebnisse in den Bereichen Krankenkassen, Steuern, Konjunkturlagen, Marine, Verkehr und Bau vom 12.04.2011

[3] Datenschutzbeauftragter Online Az.: B 6 KA 37/07 R, Weitergabe von Patientendaten an private Abrechnungsstellen ist in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne ausdrückliche Regelung unzulässig

[4] Bundesdatenschutzgesetz §11 das Krankenhaus online; das Krankenhaus 103 (2011): 09, Andrea Hauser, Recht und Praxis: Weitergabe von Patientendaten gesetzlich Versicherter an externe Abrechnungsstellen

Kleibrink A., Heinemeier A.-K. Von der Leistung zum Erlös – Das Fitnessprogramm für einen oft übersehenen Elefanten. Passion Chirurgie. 2011 Oktober; 1(10): Artikel 02_09.